

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 54

LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DU MOLLET

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger MONTAGNÉ

Ancien Interne de l'Hôpital St-Joseph

Diplômé de Bactériologie et d'Hygiène

Né le 12 Septembre 1908, à St-CLAUDE (Jura)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DU MOLLET



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 54

LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DU MOLLET

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Novembre 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger MONTAGNÉ

Ancien Interne de l'Hôpital St-Joseph

Diplômé de Bactériologie et d'Hygiène

Né le 12 Septembre 1908, à St-CLAUDE (Jura)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET
BARRAL, ROLLET, DOYON.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.....	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GOYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie externe	POLICARD.
Pathologie interne	HERMANN.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	LERICHE.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN.
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie.....	MM. CONDAMIN.
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale.....	MM. TAVERNIER.
Stomatologie	PONT.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT.
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	RAVAULT
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOT.	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	MALMEJAC

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NOVE-JOSSERAND, président : TAVERNIER, assesseur,
GUILLEMINET et CIBERT

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je leur dois tout. Puissé-je leur
témoigner longtemps ma respec-
tueuse affection et ma reconnais-
sance infinie.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND

Nous le remercions de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant de pré-
sider notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUZET
Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté.

C'est à lui que nous devons la plus grande partie de ce travail. Qu'il trouve ici avec nos remerciements pour la collaboration précieuse et dévouée qu'il nous a apportée et les conseils judicieux qu'il nous a donnés, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARTINE
Médecin Chef de l'Hôpital Saint-Joseph

Nous lui devons la plus grande part de notre formation médicale, qu'il veuille bien accepter ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration pour son enseignement clinique et pour ses excellents conseils dont il nous fit bénéficier lors de notre internat.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

MONSIEUR LE DOCTEUR GIULIANI.

MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRAT.

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN.

A MES JUGES

LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DU MOLLET

Avant-propos

Sous l'inspiration de M. le Docteur Pouzet, il nous a semblé intéressant de réunir dans ce travail, trois cas de tuberculose primitive des parties molles ; nous voudrions, en effet, attirer l'attention sur une localisation assez rare de la tuberculose, au niveau de la face postérieure de la jambe, spécialement au mollet: c'est une lésion siégeant uniquement dans les parties molles et qui peut causer à la guérison des rétractions des muscles capables de donner un pied équin.

DIVISION DU SUJET

Dans un court aperçu historique, nous citerons les principaux auteurs qui ont étudié la tuberculose musculaire.

Après l'exposé de nos trois observations personnelles, la symptomatologie, les complications, le diagnostic, l'anatomie pathologique de la lésion qui nous occupent feront l'objet des différents chapitres.

Enfin nous envisagerons le traitement qu'il convient d'appliquer.

Historique

Cette localisation tuberculeuse est rarement citée dans les ouvrages contemporains ; Broca, dans son « Traité de la Tuberculose chirurgicale (1925, p. 77), y consacre cependant quelques lignes d'une précision remarquable, mais il ne signale pas les complications ultérieures possibles.

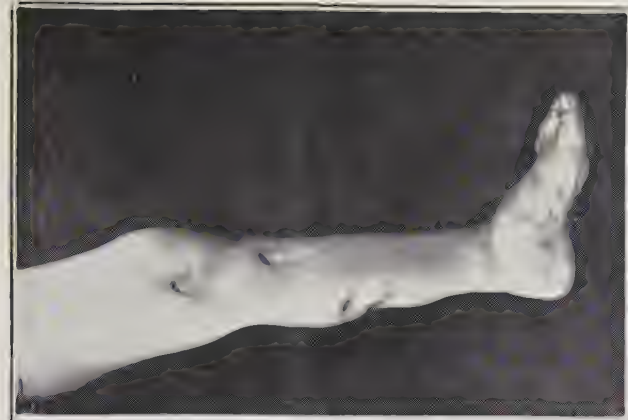
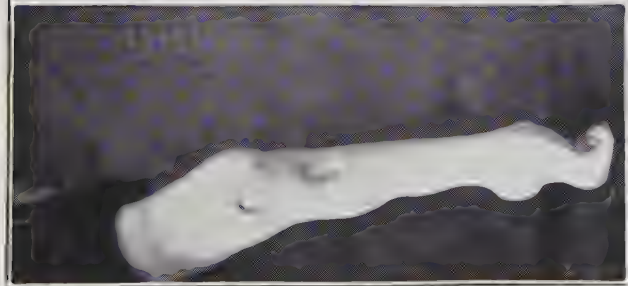
Dans différentes thèses consacrées à la tuberculose primitive des muscles, thèses de Grout, de Huméry (Paris, 1897), de Plantard (Paris, 1901), Auzolle (Lyon, 1901), de Fournié (Lyon, 1928), il est exceptionnel de rencontrer des cas de tuberculose du mollet ; Plantard signale une observation de tuberculose du jumeau interne ; Massia, en 1905, présente un abcès froid du mollet, mais situé entre la peau et l'aponévrose superficielle.

A un autre point de vue, les études des tuberculoses musculaires signalent rarement l'existence des rétractions musculaires consécutives à ces lésions ; c'est ainsi que Plantard n'a vu qu'une fois sur vingt-cinq cas, les muscles de l'avant-bras rétractés, du fait de la cicatrisation d'une tuberculose des fléchisseurs.

Poncet et Leriche, dans un article paru en 1912 et intitulé « La tuberculose inflammatoire des gaines synoviales, des bourses séreuses, des muscles et des apo-

névroses », signalent la possibilité d'induration scléreuse et de rétractions tendino-musculaires.

Il nous paraît donc utile de préciser l'histoire clinique et le traitement de ces tuberculoses du mollet dont nous rapportons d'abord les trois observations suivantes personnelles.



LUC. Gabrielle (Observation I)
 Avant l'intervention le 22-2-91

Après l'intervention
 gastrectomie le 18-6-91

Observations

OBSERVATION I

Lug... Gabrielle, 19 ans.

Cette fille a été soignée à l'âge de 2 ans 1/2 dans le service du Professeur Nové-Josserand pour une ostéite fistulisée du calcanéum droit et un abcès d'allure tuberculeuse franche; il n'y a pas eu d'examen de laboratoire. Repartie chez elle, elle a fait ultérieurement des abcès multiples : avant-bras, jambes, plis de l'aîne, — un lupus de la joue gauche.

Elle n'a jamais rien eu au coup de pied et c'est à la suite des suppurations de la face postérieure de la jambe gauche, ayant duré plusieurs années, que le pied s'est mis progressivement en équinisme.

Nous avons reçu cette fille à 19 ans, en 1929, pour un pied équin. Son lupus est presque guéri : les lésions des parties molles sont toutes cicatrisées ; aux avant-bras ce sont des cicatrices cutanées surtout bien mobiles, une seule adhérent au cubitus.

Au membre inférieur gauche, le mollet est criblé de cicatrices, les unes en cul-de-poule, les autres larges et toutes adhérentes au plan profond, mais seulement au

plan musculo-aponévrotique et nullement au squelette que la radiographie montre normal. Les muscles du mollet très rétractés forment un bloc cicatriciel dur mais qui est encore capable de se contracter partiellement. Le pied est en équinisme considérable, ne portant que sur les têtes métatarsiennes à la marche purement digitigrade. L'équinisme est tel que l'avant-pied se trouve en retrait sur la jambe, l'arrière-pied se trouvant à 150° , il n'existe pas de déviation latérale. La tête astragaliennne bombe en avant, l'antétarse se subluxant en arrière. Dans la tibio-tarsienne on obtient quelques mouvements mais il en existe davantage dans la médio-tarsienne.

A la radiographie, le calcanéum forme avec le tibia un angle de 145° en équinisme et l'astragale a un corps très réduit de volume placé en coin entre la mortaise et le calcanéum. La mortaise n'appuie que sur la partie postérieure de la poulie et s'est modelée une facette articulaire sur le calcanéum en arrière de la facette postéro-externe. Le calcanéum n'a qu'un contact fort minime avec l'astragale par une toute petite face sous-astragaliennne. La tête de l'astragale est à 170° sur l'axe du tibia, le tarse antérieur dépasse en arrière cet axe, donnant un angle de moins 10° .

La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Le Professeur Favre, consulté pour donner son avis sur la nature des lésions cutanées cicatricielles, pense qu'il est impossible de trancher entre syphilis et tuberculose.

Intervention, 27 février 1929 (Professeur Nové-Josserand et Docteur Pouzet) : Astragalectomie et allon-

gement à ciel ouvert du tendon d'Achille nécessaire pour pouvoir placer le pied à 100°. Plâtre.

Le 8 avril 1929, plâtre de marche durant 2 mois.

En décembre 1929, le pied est solide ; léger équinisme à 105° avec ébauche de mouvement dans la néarthrose ; la marche se fait presque sans boiterie avec une chaussure corrigeant le raccourcissement du membre. Depuis, la fonction s'est améliorée considérablement.

OBSERVATION II

Stutz... Alphonsine, 12 ans 1/2.

Le 26 août 1929 entre dans le service du Professeur Nové-Josserand pour des ulcérations des jambes.

Pas d'antécédents personnels ou familiaux notables. En mai 1929 est apparue à la jambe droite une tuméfaction avec un placard cutané rouge, indolore, qui fut incisé par le médecin ; depuis, il persiste une suppuration tenace. Une même lésion est apparue au mollet droit en juillet et une collection s'est fistulée spontanément depuis peu.

A l'examen, à la jambe droite, à 5 cm. au-dessus de la malléole interne, en arrière du tibia, existe une plaie de 4 bons centimètres de diamètre, à bords décollés, à fond bourgeonnant et atone. A la jambe gauche, existe également une plaie circulaire, de même aspect, dont un bord décollé conduit à un clapier qui remonte et

gagne en profondeur sur 3 à 4 cm. dans la région du mollet.

Il existe sous les plaies un léger empâtement profond sur le bord interne des jumeaux. Une radiographie d'un tibia ne montre aucune lésion osseuse. Il n'y a pas de gêne des mouvements du pied. Le reste de l'examen est négatif. Le Wassermann est légèrement positif. Un frottis avec l'exsudat local ne montre pas de microbe, mais la culture donne un staphylocoque banal ; une inoculation est faite.

On fait d'emblée 5 injections de néosalvarsan avec 0 gr. 70, jusqu'au 21 septembre. Il n'y a pas de modification : à droite la plaie la plus ancienne se sèche un peu, mais à gauche l'ulcération dont le fond est formé par le muscle lui-même, reste semblable. Il existe un léger disque d'albumine et on supprime l'arsenic remplacé par du sirop de Gibert quand l'albumine a disparu. Le 21 octobre, après 300 gr. de sirop de Gibert, les plaies sont semblables. L'inoculation du mois d'août est alors positive.

On se décide à pratiquer un curettage mais à ce moment, les plaies diminuent légèrement de volume ; il y a toujours à gauche un placard profond induré remontant sur 6 à 8 cm. de hauteur, et de l'empâtement au niveau du mollet. Le décubitus sur cadre, l'héliothérapie à la campagne semblent donc agir favorablement et on attend encore la guérison spontanée.

En novembre, on remarque que le pied gauche se dévie en équinisme, si bien qu'on ne peut relever le pied à moins de 100° ; on met un appareil à tourniquet qui redresse rapidement le pied.

En janvier 1930, la cicatrisation est presque obtenue à droite, à gauche il y a encore des ulcérations ; mais la flexion dorsale s'obtient même plus forte qu'à droite : 60° contre 70°. La malade part à Giens où elle achève de se cicatriser en trois mois.

Au printemps 1933, il n'y a que des cicatrices larges mais souples adhérentes au plan profond ; il n'y a pas d'équinisme.

OBSERVATION III

Ph... Vincent, 4 ans 1/2. Vu à la Charité en janvier 1927.

Aurait reçu un coup de pied au mollet droit (?) Apparition d'une tuméfaction profonde remarquée depuis 3 jours seulement par les parents et survenue sans douleur ni fièvre, ayant actuellement le volume d'un œuf et située juste au-dessous de la saillie des jumeaux. Fluctuation sous une peau amincie. Rien aux os à la radiographie.

Ponction au bistouri : pus séreux avec grumeaux ; on ne fit pas d'examen de laboratoire. En avril 1928, l'enfant revient n'ayant jamais cicatrisé sa lésion du mollet restée fistuleuse. Gros mollet avec une fistule cratériforme au-dessous de la saillie des jumeaux. Tuméfaction profonde, dure et dont la pression fait sortir du pus par la fistule ; ce blindage profond a les dimensions d'une paume de main, mais n'occupe que la face postérieure de la jambe. Les muscles se contractent sans douleur ; les os paraissent sains.

Le 3 mai 1928, intervention : Docteur Pouzet. — On curette une première poche de 3 cm. de diamètre sous la peau et communiquant avec une deuxième poche plus profonde, placée sous et au dépens de l'aponévrose très épaissie, lardacée au voisinage du muscle. Mise à plat.

L'examen anatomo-pathologique dit qu'il s'agit d'une inflammation chronique banale sans caractère spécifique. Un Wassermann est négatif mais cependant on commence un traitement aux arsénobenzols ; après 1 gr. 20, il n'y a pas d'amélioration considérable. On apprend le 6 juillet que l'inoculation au cobaye a été positive et à ce moment l'enfant part dans sa famille, cicatrisé par la seconde intervention sans rétraction des muscles du mollet.

Revu sur convocation en mars 1933. La cicatrice du mollet est minime, elle adhère au plan profond, mais il n'y a aucune rétraction des muscles postérieurs : la tibio-tarsienne a son amplitude normale, pas d'amyotrophie notable, pas de différence de longueur. Le triceps est fort.

Symptomatologie

Ces malades présentent au niveau du mollet des placards inflammatoires dont le développement est très insidieux et se fait habituellement vers la fistulisation.

Au stade initial de crudité, il existe une tuméfaction qui n'est guère reconnue qu'après l'envahissement cutané. Le siège de cette tuméfaction se remarque essentiellement à la face postérieure de la jambe et surtout vers le bord inférieur des jumeaux (voir photographie) ou plus bas le long des bords du tendon d'Achille, au point où les jumeaux se fusionnent avec le soléaire ; cependant, la lésion peut être rencontrée, isolément, à d'autres niveaux.

Il s'agit d'un placard induré, d'allure inflammatoire, ayant généralement envahi la peau ; celle-ci est cartonnée et par endroits rouge. L'évolution se fait rapidement. La lésion est fixée au plan profond des parties molles dans lesquelles elle pénètre, si bien que le jeu des muscles peut la mobiliser ; par contre, elle ne présente aucune contiguïté avec le squelette qui est normal au palper et à la radiographie.

La lésion est soit unique, soit multiple, plusieurs placards indurés existant isolés les uns des autres. Son volume est variable ; on peut le comparer à celui d'une

noix ou d'une mandarine. Elle est indolore ; la pression seule éveille la douleur ; en outre, elle n'occasionne pas de troubles fonctionnels importants ; on note seulement de la gêne à l'occasion d'une marche prolongée. Broca signale que les malades prendraient facilement une position du pied en équinisme dans l'attitude de repos. A cette période, il n'existe aucune modification au niveau des ganglions inguinaux.

Le retentissement sur l'état général peut être pratiquement nul, car la jambe est parfois uniquement intéressée ; mais la lésion peut coexister avec des localisations tuberculeuses multiples.

Au stade de ramollissement, l'aspect est variable. Parfois on se trouve en présence d'abcès froids qui se sont développés d'une façon typique. Ces collections sont plus ou moins volumineuses ; il semble s'agir alors d'une localisation plus profonde ; l'abcès a grossi avant que la peau soit envahie ; les malades ne sont alors vus qu'à ce moment, porteurs d'une collection froide profonde du mollet.

Dans une autre éventualité et surtout quand les téguments sont envahis et qu'il s'agit d'un foyer plus superficiel, l'évolution se fait alors plus rapidement vers le ramollissement, comme le ferait une grosse gomme cutanée, au point de prendre une allure franchement aiguë qui induit le médecin en erreur. C'est ainsi que deux de nos malades furent incisés, l'un même par un chirurgien, parce que l'on avait cru à une infection banale.

Au stade de fistulisation, qu'elle soit spontanée ou qu'elle survienne après l'incision, l'aspect est particu-

lier. Le processus a gagné la peau ; progressivement, il se produit des ulcérations de mauvais aloi. Cycliques, souvent multiples, à bords décollés, à fond atone, formées par le tissu cellulaire ou le corps tendineux du triceps ou même du muscle, ces ulcérations reposent sur un plan profond épais, cartonné, fixe. Instinctivement, on penserait tout d'abord à une lésion de nature syphilitique. A ce moment, les ganglions inguinaux sont gros, par le fait d'infection surajoutée.

Ce stade de fistulisation avec ulcérations peut être désespérément long ; il se prolongea plusieurs années chez la malade de l'observation I ; dans l'observation II, il dura dix mois après une cure d'héliothérapie ; dans l'observation III, on intervient seize mois après l'incision de l'abcès dont la fistule ne s'est jamais tarie.

Durant ce temps, peut débiter la rétraction du triceps, si bien que le pied se met insidieusement en équinisme.

La cicatrisation, si lentement que se soit, peut se faire spontanément, ainsi dans les observations I et II ; Broca, désespéré de l'attendre, pensait qu'il fallait toujours opérer. Ce processus laisse des cicatrices notables (voir photographie) du fait de la destruction cutanée par l'envahissement tuberculeux.

Les unes sont larges et pleines, d'autres sont en cul-de-poule, rétractées par des adhérences profondes ; toutes ces cicatrices sont fixées au plan aponévrotique et même musculo-tendineux, si bien que le jeu des muscles les mobilise.

A ce stade, notamment, peut apparaître la complication à redouter, la rétraction cicatricielle des muscles postérieurs de la jambe.

COMPLICATION

Cette rétraction des muscles postérieurs de la jambe qui sont en contact avec le foyer tuberculeux est possible, soit au cours de l'évolution, soit à la guérison.

Pendant l'évolution, le pied tend à se mettre en équinisme, soit que les muscles fléchisseurs plantaires soient irrités par le foyer voisin, soit que cette attitude de relâchement permette le développement plus facile d'abcès froids. Broca avait déjà signalé que le malade plaçait son pied en équinisme pour prendre une attitude de repos. Notre malade de l'observation II au sixième mois d'évolution présentait déjà de l'équinisme à 100° à son pied ; mais l'attitude céda très vite à l'application d'un tourniquet.

A la guérison, un équinisme par rétraction cicatricielle des muscles postérieurs peut se rencontrer et dans l'observation I, il était porté à son degré extrême ; il s'agit alors d'une déformation irréductible.

Diagnostic

Ces atteintes tuberculeuses des parties molles peuvent donner lieu à plusieurs erreurs de diagnostic ; on peut notamment les confondre avec des suppurations microbiennes banales et des ulcérations d'origine syphilitique.

Et d'abord, il est assez facile d'éliminer habituellement toute origine osseuse ; la lésion est postérieure ; elle siège en plein mollet ; le tibia en avant paraît net à la main qui le palpe et la radiographie montre un os absolument normal.

Parmi les lésions des parties molles, le diagnostic se pose différemment suivant que l'on a affaire à un abcès froid typique.

A un placard induré.

A une ulcération.

1° L'abcès froid typique se reconnaîtra au palper, à l'évolution ; une ponction lèvera tous les doutes.

2° Un placard induré, ramolli dans son centre, qui s'abcède, avec une peau plus ou moins envahie, prête à erreur : abcès lymphangitique, gomme tuberculeuse, gomme syphilitique, peut-être même mycose, sont à individualiser. L'aspect local ne le permet pas.

C'est ainsi que dans l'observation III, un chirurgien avait incisé un abcès d'ailleurs tiède, sans faire d'exa-

men de laboratoire, croyant à une affection suppurée banale ; dans l'observation II, le médecin avait agi de même.

Quant à la syphilis, il faut savoir qu'elle atteint rarement le triceps, alors qu'elle siège volontiers au quadriceps.

De même, l'actinomycose se localise très exceptionnellement aux membres inférieurs, en dehors des abcès migrateurs venant d'autres régions primitivement envahies. Par contre, la notion d'une tuberculose éteinte ou en évolution n'élimine pas la possibilité d'une sporotrichose, à cause de l'association fréquente de ces deux infections.

Ainsi donc, l'examen général du sujet, l'histoire clinique et surtout le laboratoire éclaireront le diagnostic.

3° Quand il existe une fistule, une ulcération surtout, l'hésitation au premier examen est encore plus marquée ; est-ce de la tuberculose ou de la syphilis ?

Dans l'observation II, les ulcérations aux deux jambes, cycliques, d'aspect atone, à bords décollés, firent penser d'emblée à la spécificité et devant une réaction de Bordet-Wassermann légèrement positive, on institua un traitement spécifique, traitement qui demeura complètement inactif.

Dans l'observation III, après l'intervention qui montrait un tissu lardacé, plus typique, semblait-il, on agit de même ; mais là aussi, on n'obtint aucun résultat. Dans les deux cas, l'inoculation au cobaye prouva seule l'origine tuberculeuse des lésions.

En somme, au niveau du mollet, il faut penser plus à la tuberculose qu'à la syphilis et lorsqu'il n'y a pas d'antécédents spécifiques, lorsque la réaction de Bordet-Wassermann est négative, on doit pratiquer tout de suite une inoculation dont le résultat sera positif avant que le traitement spécifique ait agi sur l'ulcération.

Anatomie pathologique

Il faut préciser d'abord en siégeant ces lésions tuberculeuses, puis leur point de départ, ce qui pose la question des rapports avec les tuberculoses musculaires, et enfin montrer comment des complications sont possibles du fait des rétractions cicatricielles.

a) Ces foyers tuberculeux se développent essentiellement dans les espaces cellulaires postérieurs de la jambe en contiguïté avec les muscles et les tendons.

Dans l'observation III, au cours de l'intervention, on découvrit une poche entre la peau et l'aponévrose superficielle ; une deuxième poche existait entre l'aponévrose et l'implantation du tendon d'Achille, dans les muscles jumeaux. A ce niveau, une couche de tissu lardacé fusionnait les différents plans.

Dans l'observation II, la disposition des lésions paraissait être analogue ; le fond des ulcérations était en effet formé par les faisceaux musculaires eux-mêmes, d'aspect atone.

b) Le point de départ de l'abcès ne peut être précisé d'une façon certaine ; en tout cas, l'os ne saurait être mis en cause ; d'autre part, suivant le mot de Pellet : *« Il n'y a pas de tuberculose du muscle, il y a de la tuberculose dans le muscle ».*

De fait, on sait actuellement que la tuberculose se développe seulement entre les faisceaux musculaires ou les groupes musculaires ; les recherches histologiques l'ont démontré.

Macroscopiquement, il est cependant utile pour l'importance de l'exérèse, de savoir jusqu'à quel point la lésion s'est étendue, si elle pénètre à l'intérieur du muscle.

Dans l'observation II, le soléaire était nettement atteint ; ses faisceaux musculaires, nous le redisons, formaient le fond même de l'ulcération. Dans l'observation III, le muscle était bien fusionné avec le tissu lardacé qui l'entourait, mais semblait plutôt envahi par contiguïté ; le curettage, sans excision du muscle, a permis une bonne guérison dans le laps de temps relativement court de deux mois, cela après 18 mois de fistulisation.

Notre impression est qu'il s'agit surtout d'une tuberculose des espaces cellulaires intermusculaires au contact des muscles non tuberculisés.

Cet envahissement peut être très étendu ; dans l'observation I, on peut se rendre compte de l'état cicatriciel scléreux de tout le mollet.

c) Cette atteinte des espaces intermusculaires explique que la cicatrisation par sclérose puisse donner une rétraction du mollet.

En effet, à côté des attitudes vicieuses du début pour décompresser les muscles du mollet gênés par la masse d'un abcès ou irrités par les ulcérations voisines, on constate, dans l'observation I, une rétraction cicatricielle des muscles qui est non temporaire, mais défini-

tive, non seulement le triceps mais les autres fléchisseurs plantaires sont rétractés en masse, donnant un pied équin considérable avec le tarse antérieur en retrait sur l'axe de la jambe ; le mollet tout entier est transformé en bloc scléreux, très dur et les muscles n'ont que de minimes contractions.

Dans ce cas, où les lésions sont avancées, où les fistules sont multiples, la cicatrisation a produit une sclérose diffuse dans la loge moyenne et dans tous les espaces intermusculaires, qui a rétracté le mollet dans le haut de la jambe.

Cette localisation tuberculeuse rentre-t-elle dans le cadre des tuberculoses musculaires ? Vraisemblablement, malgré la prédominance des lésions dans les espaces cellulaires.

C'est du moins une localisation rare et qui présente avec certaines autres localisations (fléchisseurs communs, triceps brachial) une tendance à donner des rétractions cicatricielles, mais à un degré plus marqué qu'ailleurs.

Traitement

Broca est formel ; se basant sur son expérience qui lui avait montré l'évolution traînante de ces suppurations tuberculeuses, il conseillait le traitement chirurgical systématique. C'est une question de cas et l'importance des lésions, leur persistance sont les éléments qui conduisent à l'intervention. Chez un sujet dont l'état général est bon, un volumineux abcès froid, un placard étendu avec peau suspecte qu'on se gardera d'inciser banalement, ont tout à gagner à un curettage soigneux. Il ne faut pas compter sur une cicatrisation *per primam* quand la peau a été envahie et en pareille éventualité, il peut être prudent de mettre à plat en partie ou en totalité ; la guérison est ainsi considérablement activée.

D'autres fois, ce sera la persistance de la fistulisation qui conduira à curetter un foyer profond qui entretient la suppuration : un de nos malades conserva une fistule pendant 18 mois ; après la mise à plat, la cicatrisation s'obtint en deux mois et la guérison fut définitive.

Il est par ailleurs des lésions plus limitées dont le processus s'achemine spontanément vers la guérison ;

c'est ainsi que, dans notre observation II, la malade vue au troisième mois d'évolution présentait en août 1929 des ulcérations de nature incertaine sur un placard sous-jacent peu volumineux ; comme la réaction de Bordet-Wassermann était légèrement positive, on institua un traitement spécifique ; celui-ci fut inefficace en ce sens qu'il n'y eut pas de cicatrisation rapide d'ulcération syphilitique ; une amélioration locale due sans doute à l'héliothérapie et au décubitus s'était déjà produite en octobre quand l'inoculation fut positive, si bien qu'on hésita à opérer et qu'on s'abstint, l'ulcération d'une jambe s'était cicatrisée spontanément en novembre ; la malade partit dans le midi ; dix mois après le début de la maladie, elle était guérie sans intervention. Il est évident que si on avait su d'emblée qu'il s'agissait de tuberculose, la guérison eut été plus rapide après le curettage immédiat.

Il est donc opportun de curetter ces tuberculoses des parties molles de la jambe ; la guérison est plus sûre, plus rapide et laisse moins de déformations cicatricielles ; seules de petites lésions superficielles ne seront pas opérées si leur évolution est favorable.

En cours de l'évolution, il faut se méfier des tendances à l'équinisme du pied. L'amorce de rétraction du triceps peut céder facilement à un appareillage à tourniquet ; une de ces malades avec un pied à 100° fut redressée ainsi très rapidement.

A la guérison ou plus tard, il peut ne rester aucun trouble fonctionnel au niveau de la jambe et le pied est alors en parfaite attitude. Ainsi en est-il advenu

après 3 et 4 ans chez les malades des observations II et III. S'il persiste de l'équinisme, celui-ci sera traité par un allongement sous-cutané du tendon d'Achille ou une opération osseuse suivant la gravité de la déformation (observ. I).

Conclusions

I. — Des foyers tuberculeux peuvent se développer électivement à la face postérieure de la jambe, au niveau du mollet.

II. — Il s'agit de lésions des parties molles, exceptionnellement superficielles, habituellement localisées dans les espaces intermusculaires du triceps et qui semblent rentrer dans le groupe des tuberculoses primitives des muscles.

III. — L'évolution clinique peut se faire sous la forme d'abcès froid du mollet ou d'une masse indurée envahissant rapidement la peau ; ensuite apparaissent des ulcérations ou des fistules excessivement tenaces.

IV. — Cette évolution clinique est trompeuse ; car l'envahissement cutané parfois rapide peut faire penser au début à une suppuration banale ; ensuite les ulcérations tenaces égarent vers la syphilis, quelquefois les mycoses, tant que l'inoculation n'est pas positive.

V. — Pendant l'évolution, de l'équinisme du pied peut apparaître par attitude de relâchement du mol-

let ; à la guérison, la rétraction de foyers cicatriciels intramusculaires profonds peut donner une rétraction cicatricielle par sclérose du mollet avec équinisme définitif.

VI. — L'incision de ces foyers tuberculeux active considérablement l'évolution ; il faut par ailleurs faire la prophylaxie de l'équinisme.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NOVÉ-JOSSERAND.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 24 Octobre 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- LE DENTU. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. Article « Abscesses froids des muscles », 1877.
- DELORME. — *Congrès français de Chirurgie* (1891) et *Semaine Médicale*, 1891, p. 152.
- REVERDIN. — *Congrès français de Chirurgie*, 1891.
- ROSENFELD. — Cas de tuberculose hémotogène (Disc. inaugural), Königsberg, 1895.
- GROUT. — Tuberculose musculaire. *Thèse de Paris*, 1897.
- HUMERY. — La Tuberculose primitive du muscle. *Thèse de Paris*, 1897.
- PLANTARD. — La Tuberculose primitive du muscle. *Thèse de Paris*, 1901.
- AUZOLLE. — Tuberculose musculaire primitive ; ses formes anatomiques. *Thèse de Lyon*, 1901.
- FRIDA KAYSER. — Tuberculose primitive des muscles. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1905, t. LXXVII, p. 1033.
- Gaston COTTE. — *Lyon Médical*, juillet 1905.
- OMBREDANNE. — Tuberculose musculaire, in *Nouveau Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet*, 1907.
- MASSIA et DURAND. — Abscess froid du mollet. *Société des Sciences Médicales de Lyon*, janvier 1909.
- L. BOBBIO. — Il Policlinico, 1909, in *Journal Chirurgie*, t. 16-C, fasc. 3, mars 1909, pp. 114, 128.
- FORMIGGINI. — La tubercolosi primitiva dei muscoli striati. *La Clinica Chirurgica*, t. XIX, n° 5, 31 mai 1911, pp. 833, 876.

PONCET et LERICHE. — La tuberculose inflammatoire des gaines synoviales des bourses séreuses, des muscles et des aponévroses. *Gazette des Hôpitaux*, t. LXXXV, n° 34, 21 mars 1912.

FOURNIÉ. — Tuberculose du tissu musculaire. *Thèse de Lyon*, 1928.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	9
Historique	11
Observations	13
Symptomatologie	19
Diagnostic	23
Anatomie pathologique	27
Traitement	31
Conclusions	35
Bibliographie	37



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



